

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, TX 77054

Phone: 346-802-2984

Patient Information:

Today's Date: _____

First Name

Middle Name

Last Name

Gender

Birthday

SSN

Street Address

City

State

Zip Code

Home Phone #

Cell Phone #

.....
Date of Injury: _____

History of Injury:

Please describe in your own words your injury:

Previous Conditions and Treatment:

Hospital Name: _____

Please describe in your own words your injury:

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, TX 77054

Phone: 346-802-2984

Información del paciente:

Fecha de hoy: _____

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

El Género

Fecha de Nacimiento

SSN

Dirección de La Calle

Ciuda

Estado

El Código Postal

Teléfono de Casa

Teléfono Celular

Fecha del Accidente: _____

Historia de La Lesión

Describe en sus propias palabras su lesión:

Condiciones Previas y Tratamiento

Nombre del hospital: _____

Describe en sus propias palabras su lesión:

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, TX 77054

Phone: 346-802-2984

Name: _____

Date of Birth: _____ Date of Injury: _____ Telephone: _____

Have You Ever Suffered From:

	Yes	No		Yes	No
1. Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Asthma (sports)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Backaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heart Troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Digestive Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Nervousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Sinus Trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Purpose of this Appointment: _____

How did Accident occur? Auto Collision On-the-job Other: _____

If auto accident, were you Driver Passenger Pedestrian

If auto collision, were you struck from Behind Right side Left Side Front Auto was parked

Check symptoms you have noticed since accident:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Loss of smell | <input type="checkbox"/> Cold Hands |
| <input type="checkbox"/> Neck Pain | <input type="checkbox"/> Buzzing in ears | <input type="checkbox"/> Cold Feet |
| <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> Ringing in ears | <input type="checkbox"/> Problems Urinating |
| <input type="checkbox"/> Dizziness | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Menstrual Cycle Irregular |
| <input type="checkbox"/> Numbness in fingers | <input type="checkbox"/> Stiff neck | <input type="checkbox"/> Menstrual Pain |
| <input type="checkbox"/> Numbness in toes | <input type="checkbox"/> Lights bother eyes | <input type="checkbox"/> Loss of Balance |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Pins and needles in arms | <input type="checkbox"/> Nervousness |
| <input type="checkbox"/> Sleeping Problems | <input type="checkbox"/> Pins and needles in legs | <input type="checkbox"/> Upset Stomach |
| <input type="checkbox"/> Cold Sweats | <input type="checkbox"/> Back pain | <input type="checkbox"/> Tension |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> Loss of taste | <input type="checkbox"/> Hot Flash |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Irritability | <input type="checkbox"/> Heart Burn |
| <input type="checkbox"/> Mood Swings | <input type="checkbox"/> Fever | <input type="checkbox"/> Ulcers |

Symptoms other than above:

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop W Suite 430

Houston, TX 77054

Phone: 346-802-2984

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del accidente: _____ Numero de telefono: _____

Ha sufrido usted alguna vez de:

	Si	No		Si	No
1. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolores de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Problemas del sino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propósito de esta cita: _____

Cómo ocurrió el Accidentes? Colisión de Auto En el Trabajo Otro: _____

Si accidente de auto, era usted El Conductor El Pasajero Un Peatón

Si era accidnete de auto, el impactor fue hacia Atras La Derecha La Izquierda Enfrente Estaba estacionado el auto

Qué síntomas ha experimentado desde el accidente:

- Dolores de cabeza
- Dolor en el cuello
- Desmayos
- Mareos
- Insensibilidad en los dedos de la mano
- Insensibilidad en los dedos de los pies
- Cansancio
- Problemas para dormir
- Sudores frios
- Diarrea
- Constipacion
- Cambios de humor
- Pérdida del olfato
- Zumbido en los oidos
- Depression
- Torticolis
- Luz le molesta en los ojos
- Hormigueo en los brazos
- Hormigueo en las piernas
- Dolor en la espalda
- Perdida del sentido del gusto
- Irritabilidad
- Fiebre
- Manos frias
- Pies frios
- Problemas urinarios
- Ciclo menstrual irregular
- Dolor menstrual
- Pérdida del equilibrio
- Nerviosismo
- Malestar estomacal
- Tension
- Bochornos
- Acidez
- Ulceras

Otros síntomas no mencionados anteriormente: _____.

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, TX 77054

Phone: 346-802-2984

HIPPA Consent Form

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA), established a Privacy Rule to help insure that personal health care information is protected for privacy. The Privacy Rule was also created in order to provide a standard for certain health care providers to obtain their patients consent for uses and disclosures of health information about the patient to carry out treatment, payment, or health care operations.

As our patient, we want you to know that we respect the privacy of our personal medical records and will do all we can to secure and protect that privacy. We strive to always take reasonable precautions to protect your privacy. When it is appropriate or necessary, we provide the minimum necessary information only to those we feel are in need of your health care information regarding treatment, payment or health care-operations, in order to provide health care that is in your best interest.

We fully support your access to your personal medical records. We may have indirect treatment relationships with you (such as laboratories that only interact with the physician and not patients), and may have to disclose personal health information for purposes of treatment, payment or health operations. These entities are not most often required to obtain patient consent.

You may refuse to consent to use or disclosure of your personal health information, but this must be done in writing. Under this law, we have the right to refuse to treat you should you choose to refuse to disclose your Personal Health Information. If you choose to give consent in this document, at some future time you may request to refuse all or part of your Personal Health Information. You may not revoke actions that have already been taken which relied on this or a previously signed consent.

If you have any objections to this form, please ask to speak with our HIPPA Compliance Officer. You have the right to review our Privacy Notice (Compliance Assurance Notification to Our Patients), to request restriction and revoke consent in writing.

Patient Signature: _____ Date: _____

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West
Houston, TX 77054
Phone: 346-802-2984

Formulario de Consentimiento HIPPA

La Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPPA), estableció una regla de privacidad para ayudar asegurar que información personal de salud está protegida por privacidad. La regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica puedan obtener consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información médica sobre el paciente para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que usted sepa que respetamos la privacidad de nuestros expedientes médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos siempre tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado o necesario, proporcionamos la información necesaria mínima sólo a los que sentimos estan en la necesidad de su información de salud sobre tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, con el fin de proporcionar una atención de salud que está en su mejor interés.

Apoyamos plenamente el acceso a su expediente médico personal. Podemos tener relaciones de tratamiento indirecto con usted (por ejemplo, laboratorios que sólo interactúan con el médico y no pacientes) y tiene que revelar información personal de salud para los propósitos de las operaciones de tratamiento, pago o salud. Estas entidades no tienen más a menudo para obtener el consentimiento de la paciente.

Usted puede negarse a su consentimiento para el uso o divulgación de su información personal de salud, pero esto debe hacerse por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho a negarse a tratar si decide negarse a revelar su información de Salud Personal. Si desea dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro usted puede solicitar para rechazar todo o parte de su información de Salud Personal. Usted no puede revocar acciones que ya han sido tomadas que dependía de este o un consentimiento firmado previamente.

Si tiene alguna objeción a esta forma, por favor pida hablar con nuestro oficial de cumplimiento de HIPPA. Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso de privacidad (cumplimiento garantía de notificación a nuestros pacientes), a solicitar restricción y revocar el consentimiento por escrito.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, TX 77054

Phone: 346-802-2984

CONSENT FOR X-RAY

_____, I, _____, authorize the performance of X-ray examination of my self which the

(Initials) above doctor or their associates may consider necessary or advisable in the course of my examination and treatment.

_____, I, _____, authorize the performance of diagnostic X-ray examination of my child

(Initials) or ward, _____, which the above doctor or their associates may consider necessary or advisable in their course of my examination and treatment. The patient is a minor _____ years of age. My relationship to this minor is _____.

VERIFICATION OF NON-PREGNANCY

_____, This is to certify that to the best of my knowledge I am not pregnant and the above doctor

(Initial) and/or associates have my permission to perform diagnostic X-ray examination. I have been advised that X-rays can be hazardous to an unborn child.

Date of last menstrual period: _____

Signed _____ Date: _____

Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, Texas 77054

Phone: 346-802-2984 Fax: 346-571-2903

CONSENTIMIENTO PARA RAYOS X

_____ Iniciales

Yo, _____, Autorizo el funcionamiento de la examinación de la radiografía de mi ser que el médico anterior o sus asociados consideren necesarios o aconsejables en el curso de mi examen y tratamiento.

_____ Iniciales

Yo, _____, autorizar el funcionamiento de la examinación de radiografía diagnóstico de mi hijo o pupilo, _____, que el médico anterior o sus asociados consideren necesarios o aconsejables en el curso de mi examen y tratamiento. El paciente es menor de edad y tiene ____ años de edad. Mi relación con este menor es _____

_____ Iniciales

VERIFICACIÓN DE NO EMBARAZO

_____ Esto es para certificar que a lo mejor de mi conocimiento no estoy embarazada y el doctor arriba o asociados tienen mi permiso para realizar examen de rayos x diagnóstico. He sido informado de que rayos x puede ser peligrosa para un feto.

Fecha de última menstruación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Padre o firma del guardia: _____ Fecha: _____

Bodied Chiropractic Clinic
2616 S. Loop West Suite 430
Houston, Texas 77054
Phone: 346-802-2984

Patient Name: _____

AUTHORIZATION FOR TREATMENT: I grant permission to the staff of Bodied Chiropractic clinic to perform any and all prescribed treatment as may be deemed necessary in the diagnosis and treatment of said patient.

Signature: _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS: I understand that health and accident insurance policies are an arrangement between myself and the insurance carrier. I understand that BODIED CHIROPRACTIC CLINIC will prepare necessary forms and reports to assist in the collection from insurance companies and that any amount will be paid directly to BODIED CHIROPRACTIC CLINIC and will be credited to my account upon receipt. I understand that all medical services render to me are charged directly to me. I understand that if I suspended or terminate my care, any fees for professional services are due and immediately payable to BODIED CHIROPRACTIC CLINIC.

Signature: _____ Witness: _____

MEDICAL LIEN AND ASSIGNMENT OF BENEFITS: I understand that I am directly and fully responsible to BODIED CHIROPRACTIC CLINIC for all medical bills submitted for service rendered to me and this agreement is solely for BODIED CHIROPRACTIC CLINIC. As additional protection, in consideration of their waiting for payment, I further instruct all insurance companies to consider the medical bills submitted by BODIED CHIROPRACTIC CLINIC as a lien upon any insurance policy. Payment is authorized upon receipt of any itemized statement for services.

Signature: _____ Witness: _____

RELEASE OF INFORMATION STATEMENT: I hereby authorize BODIED CHIROPRACTIC CLINIC to release any information required for processing this claim, as requested by the insurance company, attorney, and/or subpoena services.

Signature: _____ Date: _____

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, Texas 77054

Phone: 346-802-2984

Nombre de
Paciente: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO:

Doy permiso al personal medico de Bodied Chiropractic Clinic para llevar a cabo cualquier estudio, diagnostico y tratamiento, cuando sean necesarios.

Firma: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Yo entiendo que las pólizas de salud y de accidentes son un acuerdo entre mi persona y la compañía de seguros. Entiendo que BODIED CHIROPRACTIC CLINIC preparara los formularios e informes necesarios para asistir en la recolección de las compañías de seguros y que cualquier cantidad se le pagara directamente a BODIED CHIROPRACTIC CLINIC y sera acreditado a mi cuenta. Yo entiendo que todos los servicios medicos prestados a mi se cargan directamente a mi, yo entiendo que si decido suspender o terminar mi atención medica, los honorarios por servicios profesionales se deben pagar inmediatamente a BODIED CHIROPRACTIC CLINIC.

Firma: _____ Testigo: _____

GRAVAMEN MEDICA Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Yo entiendo que soy directamente y plena mente responsable a BODIED CHIROPRACTIC CLINIC de todas las cuentas medicas presentadas por los servicios prestados a mi, este acuerdo es unicamente para BODIED CHIROPRACTIC CLINIC. Como protección adicional, en consideración a la espera por el pago, yo autorizo a todas las empresas de seguros que concideren las cuentas medicas presentadas por BODIED CHIROPRACTIC CLINIC como un derecho de retención sobre cualquier póliza de seguro. El pago se autorizo a la recepción de cualquier declaración detallada de los servicios.

Firma: _____ Testigo: _____

LIBERACION DE LA DECLARACION DE INFORMACION:

Yo autorizo a BODIED CHIROPRACTIC CLINIC para que liberen cualquier información que se requiera para procesar este reclamo, ya sea si lo requiere la compañía de seguro, abogado, o cualquier servicio de citación de la corte.

Firma: _____ Fecha: _____

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, Texas 77054

Phone: 346-802-2984



AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____

Address: _____

SSN: _____ Date of Birth: _____

Treatment Dates _____

I hereby authorize _____ to release information from any & all medical records of _____ to Bodied Chiropractic Clinic for the purpose of further treatment.

This authorization is valid the day it is signed unless it provides otherwise, not to exceed 24 months, or unless it is revoked, and covers only treatment(s) for the dates specified above.

I, the undersigned, have read the above and authorize the staff of _____ to disclose information as herein contained. I have the right to revoke the authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it. I understand that when this information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected. I hereby release and hold harmless the above-named facility and its parent company from all liability and damages resulting from the lawful release of my Protected Health Information.

Date Patient/Guardian Signature Relationship to Patient

Please fax or mail records to the above number and or address.

Thank you.

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, TX 77054

Phone: 346-802-2984

STAT

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD)

Patient Name: _____
(Nombre del Paciente)

Address: _____
(Domicilio:)

SSN: _____ Date of Birth: _____
(Fecha de Nacimiento:)

Treatment Dates: _____
(Fechas de Tratamiento:)

I hereby authorize _____ to release information from any &
all medical records of _____ to Bodied Chiropractic Clinic
for the purpose of further treatment.

This authorization is valid the day it is signed unless it provides otherwise, not to exceed 24 months, or
unless it is revoked, and covers only treatment(s) for the dates specified above.

I, the undersigned, have read the above and authorize the staff of _____ to disclose
information as herein contained. I have the right to revoke the authorization in writing at any time
except to the extent that action has been taken in reliance upon it. I understand that when this information
is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and
may no longer be protected. I hereby release and hold harmless the above-named facility and its parent
company from all liability and damages resulting from the lawful release of my Protected Health
Information.

Date	Patient/Guardian Signature	Relationship to Patient
(Fecha)	(Firma de Paciente o Guardia)	(Relacion al Paciente)

Please fax or mail records to the above number and or address.

Thank you.

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, Texas 77054

Phone: 346-802-2984

CONSENT TO TREATMENT OF MINOR

(I)(We), the undersigned, parent(s)/person having legal custody/legal guardianship of _____, a minor, do hereby authorize Bodied Chiropractic, Dr. Donna Kelly and whomever he may designate as treating physician and assistants to administer chiropractic /PT care as deemed necessary to my _____.(Relationship to Child)

-----Child Information-----

Full Name of Child: _____

City: _____ State: _____

Signature: _____ Date: _____
(Parent or Guardian)

Printed Name: _____
(Parent or Guardian)

Witness Signature: _____

Printed Witness Name: _____

Bodied Chiropractic Clinic

2616 S. Loop West Suite 430

Houston, Texas 77054

Phone: 346-802-2984

EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

(yo)(nosotros), el abajo firmante(s), padre(s)/persona que tenga la custodia o tutela legal de _____, un menor, autorizo a Bodied Chiropractic, Dr. Donna Kelly y quien podrá designar como médico tratante y asistentes para administrar /PT atención quiropráctica que se consideren necesarias para mi _____.(relación al niño)

-----Información sobre El Menor-----

Nombre completo del Menor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(padre, madre o tutor)

Imprimir Nombre: _____

(padre, madre o tutor)

Firma de Testimonio: _____

Imprimir Nombre de Testimonio: _____

